



**University of  
Zurich**<sup>UZH</sup>

**Zurich Open Repository and  
Archive**

University of Zurich  
University Library  
Strickhofstrasse 39  
CH-8057 Zurich  
[www.zora.uzh.ch](http://www.zora.uzh.ch)

---

Year: 2010

---

**Ergebnisqualität in stationärer Suchttherapie - worauf kommt's an? -  
Dokumentation zur Jahresberichtssitzung act-info-FOS vom 2. September  
2010 in Zürich**

Schaaf, Susanne ; Grichting, Esther ; Bolliger, Heidi

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-43889>

Conference or Workshop Item

Originally published at:

Schaaf, Susanne; Grichting, Esther; Bolliger, Heidi (2010). Ergebnisqualität in stationärer Suchttherapie - worauf kommt's an? - Dokumentation zur Jahresberichtssitzung act-info-FOS vom 2. September 2010 in Zürich. In: Ergebnisqualität in stationärer Suchttherapie - worauf kommt's an?, ISGF Zürich, 2 September 2010, act-info-FOS Forschungsverbund stationäre Suchttherapie.



# Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie act-*info*-FOS im Jahr 2009

Dokumentation zur Jahresberichtssitzung vom  
2. September 2010 in Zürich

## **Ergebnisqualität in stationärer Suchttherapie – worauf kommt's an?**

Hrsg. Koordinationsstelle act-*info*-FOS:  
Susanne Schaaf, Esther Griching, Heidi Bolliger

**act-info-FOS**

Forschungsverbund  
stationäre Suchttherapie

Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF  
Bericht Nr. 289

2010

## Inhalts- verzeichnis

<b>1. Programm</b> .....	<b>2</b>
Ergebnisqualität in stationärer Suchttherapie – worauf kommt's an?	
<b>Zusammenfassung der Beiträge</b>	
<b>2. Vorwort</b> .....	<b>3</b>
lic.phil. Susanne Schaaf, act- <i>info</i> -FOS, ISGF	
<b>3. Ergebnisqualität und Therapiewirksamkeit – ein Überblick</b> .....	<b>8</b>
Prof. Dr.phil. Martin Sieber	
<b>4. Ressourcenzuwachs als Ergebnisqualität – Überlegungen zum Pilotprojekt und vorläufige Ergebnisse aus der Begleitforschung</b> .....	<b>15</b>
Peter Burkhard	
<b>5. 1- Jahres- Katamnese: was wir daraus lernen</b> .....	<b>26</b>
Barendjan van Harskamp, dipl. Sozialpädagoge	

# 1. Programm

---

Einladung zur Jahresberichtssitzung act-*info*-FOS  
Donnerstag, 2. September 2010 in Zürich

## Ergebnisqualität in stationärer Suchttherapie – worauf kommt's an ?

- |                 |  |
|-----------------|--|
| 13.15 – 13.30 h | Begrüssung und Einführung<br><i>Susanne Schaaf lic.phil. Psychologin FSP, ISGF</i>   |
| 13.30 – 14.30 h | <b>Ergebnisqualität und Therapiewirksamkeit – ein Überblick</b><br><i>Prof. Dr.phil. Martin Sieber</i><br>Psychotherapeut in eigener Praxis, Mitglied der Expertengruppe QuaTheDA-E,<br>Projektleiter ambulante Katamnesestudien Kloten/ Bülach, ehemaliger For-<br>schungsleiter in der Forel-Klinik<br><br>Zum Inhalt: Bedeutsame Ergebnisqualität • individuelle Zielsetzungen und<br>Motivationsentwicklung • Ergebnis aus Sicht der KlientInnen, der Therapeut-<br>Innen und LeistungsträgerInnen • Entwicklung der Outcome-Variablen aus For-<br>schungsicht • Problematik der Bestimmung relevanter EQ-Variablen • adä-<br>quate Bewertung der „TherapieabbrecherInnen“ |
| 14.30 – 14.45 h | Kurze Pause  |
| 14.45 – 15.30 h | <b>Ressourcenzuwachs als Ergebnisqualität – Überlegung zum Pilotpro-<br/>jekt und vorläufige Ergebnisse aus der Begleitforschung</b><br><i>Peter Burkhard</i><br>Gesamtleiter des Vereins für umfassende Suchttherapie DIE ALTERNATIVE,<br>Leiter der Projektgruppe „Wirkmodell“<br><br>Zum Inhalt: Ein konkretes Modell zur Erfassung des persönlichen Ressourcen-<br>zuwachs • sozialisationstheoretischer Ansatz: wer ist inwiefern befähigt, sich<br>am gesellschaftlichen Leben zu beteiligen, wo braucht's Unterstützung? • vor-<br>läufige Ergebnisse des Pilotprojektes mit rund 20 stationären Suchttherapie-<br>einrichtungen • Erhellendes und Stolpersteine        |
| 15.30 – 16.00 h | <b>1-Jahres-Katamnese: was wir daraus lernen</b><br><i>Barendjan van Harskamp</i><br>dipl. Sozialpädagoge, System- und Familientherapeut, therapeutischer Mitarbei-<br>ter PRISMA, Suchttherapie in Gastfamilien/ Contact Netz, Bern; Vertreter BeAK<br><br>Zum Inhalt: Ein Vergleich der Lebenssituation Berner KlientInnen vor Eintritt in<br>die Therapie, bei Austritt und ein Jahr danach • Erkenntnisse für die Praxis   |
| 16.00 – 16.15 h | <b>Schlussrunde:</b> Zusammenfassung, Schlussfolgerungen<br><i>Susanne Schaaf, ISGF</i>  |

lic.phil. Susanne Schaaf, act-*info*-FOS, ISGF

Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie existiert seit 1985 und blickt auf eine lange Tradition der Zusammenarbeit zwischen Praxis und Forschung zurück. Im Jahr 1998 umfasste der Verbund 82 Einrichtungen, heute nehmen – nach einer Reihe von Betriebsschliessungen – 50 Institutionen teil. Ziel und Zweck der jährlichen act-*info*-FOS-Veranstaltungen ist der regelmässige Austausch zwischen Forschung und Praxis zu einem ausgewählten Thema im Rahmen einer informellen Plattform für die beteiligten therapeutischen Gemeinschaften. Bereits 1996 organisierte die Koordinationsstelle act-*info*-FOS ein Symposium zum Thema "Therapieerfolg – was verstehen wir darunter?"

### „heisses Eisen“ Ergebnisqualität

Seit Jahren bestehen verschiedene Bestrebungen in Richtung Qualitätssicherung in der Suchthilfe – QuaTheDA ist Ihnen allen ein vertrauter Begriff. Bisherige Bemühungen beziehen sich vor allem auf die Erfassung von Struktur- und Prozessqualität. Mit QuaTheDA-E wird nun auch das "heisse Eisen" der Ergebnisqualität in Angriff genommen. Ein heisses Eisen deshalb, weil einerseits ein grosser Bedarf an Kenntnissen zur Therapiewirksamkeit besteht, sei es vonseiten der Einrichtungen selber, sei es vonseiten der Trägerschaft und der Geldgeber, sei es als ein Anrecht der Klienten und Klientinnen. Andererseits sind oft ökonomische Überlegungen an den erreichten bzw. nicht erreichten "Therapieerfolg" einer Einrichtung geknüpft, unter Umständen schwebt das Damoklesschwert der Budgetkürzung oder – im schlimmeren Fall – der Betriebsschliessung über den Dächern der Therapiezentren. Verschiedene Vorstellungen über die Definition und die Messung von Outcome tragen ebenfalls zur Verunsicherung bei.

Als grosse Schwierigkeit erweist sich die valide und reliable Operationalisierung von Therapieoutcome: wie soll/kann Outcome gemessen werden, damit auf pragmatische, den Ressourcen der Einrichtung angemessene Art zuverlässige Ergebnisse eruiert werden können? Wie kann gewährleistet werden, dass Einrichtungen mit einer beispielsweise hohen Abbruchquote nicht vorschnell und zu Unrecht als "schlechte Institutionen" beurteilt werden?

Zum Thema Ergebnisqualität und Therapiewirksamkeit wurde bereits viel Vorarbeit geleistet. DeLeon et al. (1989) beispielsweise beschreiben sogenannte *harte Outcome-Variablen* wie Drogenkonsum, Kriminalität, Arbeitssituation, Finanzen, Gesundheitsstatus (HIV), Mortalitätsquote, Erreichung des Therapieziels, Wiederbehandlung. Diese können durch Angaben zu *intrapsychischen Veränderungen* ergänzt werden wie Depressivität, Selbstwert, Ängstlichkeit, Qualität der sozialen Beziehun-

gen, Drogenkonsum des sozialen Umfeldes etc. Der Fokus liegt dabei richtigerweise auf der Veränderung und nicht lediglich auf der Erfassung der Situation zu *einem* Messzeitpunkt (Austrittssituation) ohne Bezug zur Eintrittssituation der einzelnen Klientinnen und Klienten.

## Offizielle Bestrebungen zur Erfassung von Ergebnisqualität

### MaPaDro III und QuaTheDA- E

Im Aktionsplan „MaPaDro III 2006-2011“ legte der Bund auf der Handlungsachse „Qualität & Fachwissen“ Massnahmen und Aktivitäten zur Qualitätsentwicklung in der Suchthilfe und in den kantonalen Strukturen fest. Darunter fällt die Promotion von Qualitätssicherung und -entwicklung mittels QuaTheDA. Als Indikatoren wurde u.a. festgelegt, dass ein Konzept für Ergebnisqualität und Ergebnisse der Vernehmlassung zu diesem Konzept vorliegen.

Seit einiger Zeit arbeitet eine QuaTheDA-E-Fachgruppe an Überlegungen zur Erfassung der Ergebnisqualität. Dabei soll die modulare Struktur von QuaTheDA übernommen werden, d.h. Ergebnisqualität soll durch bereichsübergreifende und bereichsspezifische Kriterien beschrieben werden. Die angedachte Vision von Ergebnismessung bezieht sich auf die *Veränderung* zwischen Therapiebeginn und Therapieabschluss. Diese Variante ist gemäss QuaTheDA-E-Leitung in der stationären Suchthilfe mit einem gewissen Aufwand umsetzbar, im ambulanten Bereich, der durch viele Aussenfaktoren gekennzeichnet ist, ist dies eher schwierig. Den Verantwortlichen für QuaTheDA-E ist bewusst, dass einfache Indikatoren wie z.B. Abbruchquote (ohne diese mit der Ausgangssituation in Bezug zu setzen) die Gefahr in sich bergen, dass die Arbeit der Einrichtungen nicht korrekt eingeschätzt wird bzw. dass Einrichtungen eher Personen mit geringem Risiko aufnehmen könnten.

QuaTheDA-E wird nur realisiert, wenn die Kantone Interesse an der Ergebnisqualität ihrer Suchthilfeeinrichtungen bekunden. In der Tat bestehen unterschiedliche Haltungen je nach Kanton. Gemäss Attilio Stoppa, dem Beauftragten für Suchtfragen des Kantons Zürich, müssen Institutionen des Kantons im Leistungsvertrag Minimalkriterien erfüllen. Vom Kanton her bestehen keine weiteren Vorschriften. Der Kanton Bern hingegen setzt sich derzeit intensiv mit Fragen der Ergebnismessung in der Suchthilfe auseinander.

## Was kann act-info-FOS zum Thema beitragen und was nicht?

act-info-FOS ist eine Klientendokumentation. Erfasst wird die Lebenssituation der Klientinnen und Klienten bei Beginn der Behandlung (Situation 6 Monate bzw. 30 Tage vor Eintritt) und bei Austritt. Auch wenn der act-info-FOS-Fragebogen kein Instru-

ment zur Erhebung von Ergebnisqualität ist, ist ein Vorher-Nachher-Vergleich teilweise möglich (siehe Jahresbericht 2009). Allerdings handelt es sich um Kategorien, deren subjektive Bedeutung für den Klienten/die Klientin unklar ist: bezogen auf die Wohnsituation kann man beispielsweise fragen, ob die Veränderung von „alleine wohnend“ zu „mit Eltern wohnend“ eine Verbesserung (von vereinsamer zu unterstützender Wohnform) oder eine Verschlechterung mit „Regressionspotenzial“ (von selbständiger Wohnform zurück zur Herkunftsfamilie) oder aber eine gleichbleibende Situation darstellt. Eindeutig sind Veränderungen der Wohnsituation von einer integrierten Wohnform hin zu „im Gefängnis“.

Es gibt aber auch Variablen, die sich für einen Vorher-Nachher-Vergleich eignen und deren Interpretation teilweise möglich ist, so z.B. *Veränderungen der Arbeitssituation*. In Tab. 1 sind die verschiedenen Veränderungsrichtungen hinsichtlich Arbeitssituation ersichtlich.

#### **verbesserte Arbeitssituation**

9.6% der Klientinnen und Klienten waren vor Therapiebeginn nicht aktiv auf dem Arbeitsmarkt (AHV, IV), bei Austritt jedoch Vollzeit oder Teilzeit arbeitstätig oder ihnen war eine Arbeitsstelle zugesichert. 4.1% finanzierten sich vor Therapie hauptsächlich via AHV/IV, bei Austritt standen sie in einer Ausbildung, absolvierten ein Praktikum oder waren in ein Beschäftigungsprogramm integriert. 57.6% der Klientinnen und Klienten haben ihre Arbeitssituation im Laufe der Therapie verbessert bzw. auf einem guten Niveau halten können (siehe gelb markierte Spalte mit lachenden Smiley-Ikons). Für 37.3% der austretenden Klientinnen und Klienten hat sich die Arbeitssituation nicht verbessert bzw. verschlechtert. So waren beispielsweise 25.4% der Personen sowohl vor Therapie als auch bei Austritt nicht aktiv auf dem Arbeitsmarkt (AHV, IV).

Diese Ergebnisse können natürlich zu weiteren Angaben in Bezug gesetzt werden: so zeigt sich beispielsweise, dass Personen mit regulärem Therapieabschluss nach Austritt signifikant häufiger in den Arbeitsmarkt integriert sind als Klientinnen und Klienten mit Therapieabbruch. Ein klarer Zusammenhang besteht auch zwischen Arbeitsintegration und reduziertem Drogenkonsum.

Die *act-info-FOS*-Auswertungen sind vor allem gesamtschweizerisch nutzbar, weil eine grosse Datenbasis zur Verfügung steht. Auf Institutionsebene – bei kleinen Einrichtungen mit 8 Klientinnen und Klienten machen 2 Personen bereits 25% aus – sind registrierte Veränderungen möglicherweise zufällig. Institutionsauswertungen müssen daher mit grosser Vorsicht gelesen werden.

Tab. 1: Veränderung der Arbeitssituation der 2009 ausgetretenen FOS-Klientele, bezogen auf die Arbeitssituation 6 Monate vor Therapieeintritt

vor Eintritt	bei Austritt 2009	N	%	Veränderung	
Vollzeit, Teilzeit, Stelle zugesichert, in Ausbildung	Vollzeit, Teilzeit, Stelle zugesichert, in Ausbildung	45	11.4	gleichbleibend auf hohem Niveau	😊
Teilzeit, Gelegenheitsjobs	Vollzeit	19	4.8	verbesserte Arbeitssituation	😊
Vollzeit, Teilzeit, Stelle zugesichert, in Ausbildung	auf Stellensuche	46	11.7		
nicht aktiv auf Arbeitsmarkt (AHV, IV)	Vollzeit, Teilzeit, Stelle zugesichert	38	9.6	stark verbesserte Arbeitssituation	😊😊
nicht aktiv auf Arbeitsmarkt (AHV, IV)	Ausbildung, Praktikum, Beschäftigungsprogramm	16	4.1	verbesserte Arbeitssituation	😊
auf Stellensuche	Vollzeit, Teilzeit, Stelle zugesichert, Ausbildung, Praktikum	21	5.3	verbesserte Arbeitssituation	😊
nicht aktiv auf Arbeitsmarkt (AHV, IV)	auf Stellensuche	28	7.1		
in Klinik	Vollzeit, Teilzeit, Stelle zugesichert, Ausbildung, Praktikum	6	1.5	verbesserte Arbeitssituation	😊
in Haft	Vollzeit, Teilzeit,	3	.8	stark verbesserte Arbeitssituation	😊😊
in Klinik oder in Haft	auf Stellensuche	5	1.3		
<b>Zwischentotal</b>		<b>227</b>	<b>57.6%</b>	<b>Verbesserung</b>	
Vollzeit, Teilzeit, Stelle zugesichert, in Ausbildung	nicht aktiv auf Arbeitsmarkt (AHV, IV)	23	5.8	stark verschlechterte Arbeitssituation	😞😞
auf Stellensuche	nicht aktiv auf Arbeitsmarkt (AHV, IV)	15	3.8	verschlechterte Arbeitssituation	😞
nicht aktiv auf Arbeitsmarkt (AHV, IV)	nicht aktiv auf Arbeitsmarkt (AHV, IV)	100	25.4	gleichbleibend schlechte Situation	😞
nicht aktiv auf Arbeitsmarkt (AHV, IV)	in Haft, Klinik	3	.8	gleichbleibend schlechte Situation	😞
in Haft, Klinik	nicht aktiv auf Arbeitsmarkt (AHV, IV)	6	1.6	gleichbleibend schlechte Situation	😞
<b>Zwischentotal</b>		<b>147</b>	<b>37.4%</b>	<b>Verschlechterung oder gleichbleibend schlechte Arbeitssituation (ohne Stellensuche - Stellensuche)</b>	
auf Stellensuche	auf Stellensuche	20	5.1		
<b>Total</b>		<b>394</b>	<b>100.1%</b>		
missing data		197			



**die Beiträge**

Die vorliegenden Beiträge wurden von einem Referenten selber verfasst (Martin Sieber) bzw. von der Koordinationsstelle *act-info-FOS* erstellt und von den Referenten redigiert (Peter Burkhard; Barendjan van Harskamp).  
Wir wünschen Ihnen eine interessante Lektüre.

Die Koordinationsstelle *act-info-FOS*  
Susanne Schaaf, Projektleitung  
Esther Grichting, Projektmitarbeit, Koordination Romandie und Tessin  
Heidi Bolliger, Administration

### 3. **Ergebnisqualität und Therapiewirksamkeit – ein Überblick**

#### Kurzfassung des Referates

---

Prof. Dr. phil. Martin Sieber

*Psychotherapeut in eigener Praxis, Mitglied der Expertengruppe QuaTheDA-E, Projektleiter ambulante Katamneseuntersuchungen Kloten/Bülach, ehemaliger Forschungsleiter in der Forel-Klinik*

Zum Inhalt

- 1 Renaissance von Ergebnisqualität und Therapiewirksamkeit
- 2 Ergebnisqualität/Therapiewirksamkeit aus Sicht der Hauptakteure
- 3 Überlegungen zu Outcome-Kriterien und Probleme bei der Evaluation
- 4 Schlussbemerkung

#### 3.1 **Renaissance von Ergebnisqualität und Therapiewirksamkeit**

---

Wie kommt es, dass Ergebnisqualität und Therapiewirksamkeit seit einigen Jahren wieder wichtige Begriffe geworden sind? Therapiewirksamkeit hatte bereits zu Beginn der stationären Behandlung von Alkoholkranken, d.h. bei der Gründung der Forel Klinik im Jahre 1888, eine wichtige Bedeutung. Später ist sie jedoch in den Hintergrund getreten und erst in den letzten 15 Jahren wieder ins Zentrum des Interesses gerückt. Die Ergebnisqualität ist dabei der zentrale Aspekt, weil es hier um den Behandlungserfolg geht, der u.a. die Basis für wirtschaftliche Überlegungen bildet. Verschiedene Bestrebungen hinsichtlich der Erfassung von Ergebnisqualität sind derzeit im Gange: im neuen Krankenversicherungsgesetz sind die Anliegen der Qualitätssicherung in den sog. WZW-Kriterien aufgenommen worden (Art. 32), welche die Aspekte Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit umfassen. Ferner wird dort erwähnt, dass die drei Kriterien periodisch überprüft werden sollen und die Wirksamkeit nach wissenschaftlicher Methodik nachgewiesen sein muss. Das Bundesamt für Gesundheit versucht zur Zeit mit Unterstützung einer Expertengruppe, die Machbarkeit der Erfassung des Behandlungserfolges bei Suchthilfeeinrichtungen zu prüfen (QuaTheDA-E).

Betrachtet man den Stellenwert der Ergebnisqualität bzw. Therapiewirksamkeit aus der Sicht der drei Hauptakteure „betroffene KlientInnen“, „Leistungserbringer“ und „Leistungsträger“, wird ersichtlich, dass unterschiedliche Anliegen und Zielsetzungen mit der jeweiligen Perspektive verbunden werden.

Die **betroffenen Klientinnen und Klienten** sehen die Ergebnisqualität verständlicherweise aus ihrer subjektiven Perspektive: für sie ist der Dialog zur Therapieeinrichtung wichtig, eine Evaluation mittels Fragebogen oder Interview ist für sie nicht zentral.

Bei den **Einrichtungen** (Leistungserbringern) zeigt sich eine andere Situation. Sie möchten über den qualitativen und quantitativen Verlauf während der stationären Behandlung Bescheid wissen. Dadurch erhoffen sie sich Hinweise auf die Güte der Behandlung und auf Verbesserungsmöglichkeiten. Vergleichsmöglichkeiten zu anderen, ähnlichen Einrichtungen sind erwünscht.

### Kenntnis über den Nutzen der Behandlung

Den **Leistungsträgern** genügt es nicht zu wissen, dass Struktur- und Prozessqualität gegeben ist. Sie wünschen Kenntnis darüber, ob die Behandlung überhaupt etwas nützt und welche Behandlungsverfahren diesen Anspruch am ehesten erfüllen. Dies kann sich auf die finanzielle Unterstützung auswirken. Es wäre nicht vertretbar, dass öffentliche Gelder zur Finanzierung von offensichtlich erfolglosen Therapien eingesetzt würden. Es wäre aber auch nicht korrekt, wenn Einrichtungen Gelder entzogen würden, wenn irrtümlicherweise die Evaluation ein falsches Ergebnis erbrächte, wonach die Therapie keinen Nutzen hätte. An die Validität der Evaluation werden folglich besonders hohe Ansprüche gestellt. Deshalb ist eine sorgfältige wissenschaftliche Fundierung unabdingbar.

Aus der *Sicht der Leistungsträger* ergeben sich im Zusammenhang mit Ergebnisqualität folgende Ziele:

- Mit der Evaluation soll der Nachweis erbracht werden, dass die Behandlung zu einer nachhaltigen Verbesserung und Stabilisierung der Lebenssituation der Klientinnen und Klienten führt und die verwendeten Gelder somit sinnvoll eingesetzt werden.
- Die Evaluation der Ergebnisqualität soll zu einer qualitativen Verbesserung der Therapie führen. Dazu ist es wichtig, dass sich die einzelnen Einrichtungen untereinander oder mit dem Gesamt vergleichen können.
- Der Vergleich der Einrichtungen untereinander kann eine Wettbewerbssituation schaffen und die Motivation zur Qualitätsverbesserung stärken. Allerdings dürfte dieser Vergleich

keine Ängste schüren, dass Einrichtungen mit weniger guten Ergebnissen an den „Pranger gestellt“ werden. Eine Form der Anonymisierung wäre deshalb sinnvoll.

- Behandlungen bzw. Einrichtungen mit minimaler oder fehlender Ergebnisqualität müssen genauer überprüft werden. Bei wiederholt ungünstigen Resultaten kann dies zu einer Einschränkung der finanziellen Unterstützung führen.

## Erstes Fazit – ein gemeinsamer Nenner von Kernkriterien

Die Umschreibung (Definition) und die Zielsetzung von Ergebnisqualität bzw. Therapiewirksamkeit fallen bei den drei genannten Akteuren unterschiedlich aus. Demzufolge sind auch die Kriterien, wie die Ergebnisqualität erfasst werden könnte, unterschiedlich. Es besteht jedoch ein gemeinsamer Nenner, der folgende Kernkriterien beinhaltet:

- regulärer Abschluss der Behandlung; kein vorzeitiger, nicht im gegenseitigen Einverständnis erfolgter Abbruch der Therapie
- die Situation nach Austritt konnte zufriedenstellend organisiert werden
- Verbesserung der körperlichen und psychischen Gesundheit
- kein gesundheitsschädigender Suchtmittelkonsum oder Abstinenz bezüglich festgelegter Substanzen
- ev. weitere Kriterien wie beispielsweise soziale Integration, Arbeitsintegration, Klientenzufriedenheit u.a.

Das sind die Kernkriterien, die in der Evaluation einbezogen werden können.

## Zwei zusätzliche Akteure: Bezugspersonen und Wissenschaft

**Relevante Bezugspersonen** wie Partner/in, Eltern, Arbeitgeber u.a. können während und nach der stationären Behandlung für den Betroffenen wichtig sein und Therapieverlauf und Integrationsbemühungen wesentlich beeinflussen. Im Rahmen dieser Übersicht wird jedoch nicht näher darauf eingegangen.

Der Beitrag der **Wissenschaft** ist für die beiden Akteure Leistungserbringer und Leistungsträger relevant. Die **Leistungserbringer** möchten verlässliche Informationen über die Güte ihrer Behandlung, um allenfalls Verbesserungen einzuleiten. Sie möchten Vergleichsmöglichkeiten zu anderen, ähnlichen Einrichtungen. Diese Informationen sollen valide und verlässlich sein und wissenschaftlichen Kriterien genügen.

Die **Leistungsträger** wünschen verlässliche Informationen, inwiefern die Behandlungen zu einer nachhaltigen Verbesserung und Stabilisierung der Situation der Klientinnen und Klienten führt und die verwendeten Gelder sinnvoll eingesetzt werden. Die Evaluation der Ergebnisqualität soll zu einer Verbesserung der Therapie führen. Dazu ist es wichtig, dass sich die einzelnen Einrichtungen miteinander oder mit dem Gesamt vergleichen können. Da das Ergebnis der Evaluation möglicherweise mit der finanziellen Unterstützung verbunden ist, ist eine sorgfältige, valide Evaluation basierend auf wissenschaftlichen Kriterien gefragt.

### 3.3 Überlegungen zu Outcome-Kriterien und Probleme bei der Evaluation

---

Die Umsetzung dieser Anliegen führt aus wissenschaftlicher Sicht zu einer Reihe von Problemen bzw. Herausforderungen und Aufgaben, die hier kurz erwähnt werden:

#### Erfolgskriterien

- **Globaler Outcome- Index**  
Für den Vergleich verschiedener Therapieprogramme bzw. Einrichtungen ist es notwendig, ein einzelnes Outcome-Kriterium festzulegen. Es wäre nicht vertretbar, wenn man sich dabei ausschliesslich z.B. auf den Aspekt „Drogenabstinenz“ konzentrieren würde. Ich denke, es ist realisierbar, wenn ein Globaler Outcome-Index gebildet würde, der auf den oben erwähnten Kernkriterien (gemeinsamer Nenner) basiert.
- **Profil der Kernkriterien**  
Die verschiedenen Kernkriterien können in einem Profil zusammen gefasst werden, sodass die einzelnen Einrichtungen aufgrund ihres Profils und unter Berücksichtigung der Profile anderer Einrichtungen allenfalls Verbesserungen vornehmen können.
- **Zusatzkriterien**  
Es wird Einrichtungen geben, die ein spezialisiertes Therapieprogramm anbieten, das auf eine spezielle Klientengruppe zugeschnitten ist. Das Spezifische dieser Therapieprogramme kann nicht in die Liste der gemeinsamen Kernkriterien aufgenommen werden, da es eben spezifisch ist. Dadurch wird jedoch die Validität der Beurteilung des Spezialangebotes eingeschränkt. Solche Einrichtungen werden zu Recht einwenden, dass ihre ganz spezifischen Therapieleistungen nicht angemessen berücksichtigt werden. Man kann diese spezifischen Therapieeffekte deshalb in Form von Zusatzkriterien erfassen. Der Vergleich der Ergebnisse ist dann

jedoch nur zwischen denjenigen Einrichtungen möglich, die dieses Zusatzkriterium verwenden.

### Heterogenität der Klientinnen und Klienten

Wenn Geschlecht, Alter, Komorbidität, Gesundheitszustand, Art und Dauer der Suchtmittelabhängigkeit, soziale und berufliche Integration, Bildung, Kriminalität und vieles mehr einen Einfluss auf den Therapieverlauf haben, dann werden voraussichtlich diejenigen Einrichtungen besser abschneiden, die überwiegend Personen mit *prognosegünstigen Merkmalen* aufgenommen haben.

Man kann diesen Aspekt bei der Auswertung berücksichtigen, indem man nur Einrichtungen für die vergleichende Auswertung heranzieht, deren Klientinnen und Klienten ein ähnliches Belastungsprofil aufweisen. Dadurch verringert sich aber die Zahl Institutionen bzw. Personen, was sich auf die Zuverlässigkeit der Ergebnisse auswirken kann.

### Heterogenität der Behandlungsart, -intensität und -dauer

Die Heterogenität des Behandlungssettings entspricht der Diversifizierung der Einrichtungen, die unterschiedliche Behandlungskonzepte aufweisen. Die Evaluation wird dies berücksichtigen können, indem Einrichtungen mit vergleichbarer Behandlungsart für die Evaluation zusammengezogen werden. Zu diesem Zweck müssen vorgängig die relevanten strukturellen Aspekte der Einrichtung festgelegt und erfasst werden.

### Heterogenität der Nachsorgesituation

Die Qualität und Quantität der nachstationären Unterstützung beeinflussen den weiteren Verlauf und das Katamneseergebnis. Die Katamnese sollte deshalb auf einer genügend umfassenden Personengruppe basieren, damit die unterschiedlichen Effekte während der nachstationären Phase das Ergebnis nicht zu stark beeinflussen.

### Einfluss der Zeit auf Klientinnen/ Klienten und Therapie

Evaluationsstudien finden in einem bestimmten Zeitfenster statt. Würden die Studien wiederholt, was auf Grund der verbesserten Aussagekraft sinnvoll wäre, haben sich Klientel und Therapieprogramm möglicherweise verändert. Dies muss bei der Interpretation berücksichtigt werden.

### Definition der Beobachtungs- und Katamnesedauer

Soll das Outcome bei Behandlungsende oder nach einer bestimmten festgelegten Zeitdauer nach der Therapie erfasst werden? Wird die Katamnese auf das Behandlungsende bezogen oder auf eine festgelegte Zeitdauer? Einiges spricht dafür, dass das Outcome bei Behandlungsende bzw. die Katamnese zum Beispiel 6 oder 12 Monate später durchgeführt wird. Das Behandlungsende ist eine für viele Klientinnen und Klienten vergleichbare Situation. Wenn sich zahlreiche Einrichtungen an der

Evaluation beteiligen, können bei der Auswertung zwei Gruppen mit unterschiedlich langer Behandlungsdauer unterschieden werden. Die Alternative, das Outcome zu einem festgelegten Zeitpunkt durchzuführen, birgt den Nachteil in sich, dass die Evaluation für die einzelnen Klientinnen und Klienten zu ganz unterschiedlichem Zeitpunkt erfolgt (bei einigen lange vor dem Austritt, bei anderen kurz davor und bei einigen erst danach).

### Umgang mit „Nichtantwortern“ bei der Katamnese

Gemäss der bisherigen Forschung muss davon ausgegangen werden, dass die „Nichtantworter“ einen schlechteren Verlauf nach Therapie aufweisen als die an der Katamnese beteiligten Personen. Die *konservative* Auswertungsstrategie bewertet Nichtantworter als „nicht gebessert“. Dadurch verschlechtert sich das Resultat derjenigen Einrichtungen, die hohe Nichtantworter-Quoten aufweisen. In der Katamnese der Forel Klinik (669 Patientinnen und Patienten) beispielsweise bestand eine Ausschöpfungsquote von 53%. Gemäss der konservativen Berechnung nach DGSS-Kriterien reduzierte sich die Besserungsrate der behandelten Personen von ursprünglich 73% auf 38%, die Abstinenzrate von 38% auf 20%!

### Umgang mit „TherapieabbrecherInnen“

Ein Grossteil der Klientinnen und Klienten mit Therapieabbruch wird nicht befragt werden können. Somit fehlen hier wichtige Informationen für die Evaluation zu einer nicht unerheblichen Klientengruppe. Können diese Personen nicht in der Katamnese erfasst werden, gehen sie für die Auswertung ganz verloren. Dies beeinflusst die Nichtantworter-Quote und somit auch das Outcome einer Institution (siehe oben DGSS-Kriterien). Einrichtungen mit hohen Abbruchquoten werden deshalb kaum überdurchschnittlich gute Outcomequoten erreichen. Die Abbruchquote zusammen mit der Nichtantworter-Quote ist deshalb für das Resultat der Evaluation einer Einrichtung mitentscheidend. Für die Gesamtauswertung könnten daher Einrichtungen mit ähnlich hoher Abbruchquote selektioniert werden (Bildung von 2 oder 3 Gruppen). Dadurch verringert sich aber bei einem Gruppenvergleich die Zahl der Institutionen bzw. Klientinnen/ Klienten innerhalb der Vergleichsgruppe. Umso mehr sollten möglichst viele teilnehmende Einrichtungen resp. Klientinnen/ Klienten für die Evaluation gewonnen werden können.

### Erfassung der nichtbehandelten Klientinnen und Klienten

Zur Ermittlung der generellen Wirksamkeit bei therapierten Personen von Suchthilfeeinrichtungen ist es wichtig, wenn gleiche Outcomewerte auch für eine *Vergleichsgruppe* zur Verfügung stehen, die keine spezifische Therapie erhalten hat. Die Erfassung einer solchen Vergleichsgruppe sollte meines Erachtens im Evaluationsvorhaben eingeplant werden.

Meine Ausführungen sollen Folgendes erhellen:

Die Evaluation von Behandlungen kann aufzeigen, in welchem Umfang eine Verbesserung der Lebenssituation der Klientinnen und Klienten erreicht werden konnte und wie nachhaltig sie ist. Dazu wurde ein Vorgehen skizziert, das einen (anonymisierten) Vergleich der einzelnen Einrichtungen ermöglicht und so zu qualitativen Verbesserungen der einzelnen Behandlungen führen kann. Aus der Sicht der Leistungsträger ist die Frage der *nachhaltigen Wirksamkeit* wichtig. Um diese Frage anzugehen, sind Evaluationen nach Behandlungsabschluss (Katamnesen) notwendig, aber ebenso die Evaluation einer Klientengruppe ohne oder mit minimaler Behandlung (Vergleichsgruppe).

Die Evaluation von Therapiewirksamkeit impliziert eine Reihe von Problembereichen. Sie sind beachtlich und erschweren den exakten und zuverlässigen Vergleich zwischen Institutionen, da sie den eigentlichen Therapieeffekt in die eine oder andere Richtung verändern. Die Probleme sind jedoch aus meiner Sicht bewältigbar und verunmöglichen eine Evaluation nicht.

Mit der Ergebniserfassung befinden wir uns in einem heiklen Prozess. Dass wir die „Ideallösung“ auf einen Schlag finden, ist nicht realistisch. Das soll uns jedoch nicht davon abhalten oder lähmen, einen Weg einzuschlagen und diesen später zu verbessern. Dieses Vorgehen zwingt uns, unser Handeln zu hinterfragen und zu verbessern, was sich wiederum positiv auf die Qualität auswirkt.

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. Martin Sieber  
Forschung & Entwicklung im Gesundheitswesen  
Alte Landstrasse 117, CH 8702 Zollikon  
Tel: 044 391 31 53  
Email: [msieber.zollikon@bluewin.ch](mailto:msieber.zollikon@bluewin.ch)



## 4.

# Ressourcenzuwachs als Ergebnisqualität –

## Überlegungen zum Pilotprojekt und vorläufige Ergebnisse aus der Begleitforschung

---

Peter Burkhard

*Gesamtleiter des Vereins für umfassende Suchttherapie DIE ALTERNATIVE, Leiter der Projektgruppe „Wirkmodell“*

Zum Inhalt

- 1 Ausgangslage
- 2 Zielsetzung
  - Das Ressourcenmodell
  - Das Wirkinstrument
- 3 Das Wirkinstrument im Pilot (IST-Zustand)
- 4 Das Wirkinstrument (SOLL-Zustand)
- 5 Stolpersteine und Chancen

### 4.1

## Ausgangslage

---

Die Ausführungen von Martin Sieber decken sich sowohl hinsichtlich der theoretischen Überlegungen als auch der Stolpersteine zu einem grossen Teil mit unseren Erfahrungen. Das Modell, das ich Ihnen vorstellen werde, wird natürlich nicht alle Probleme lösen, aber es ist ein Modell, das stark aus der Praxis heraus entwickelt wurde.

### Entwicklungsorientierung in der Suchtarbeit

Im Rahmen des Schweizerischen Dachverbandes stationäre Suchttherapie SDSS wurde entschieden, den Schwerpunkt auf die *Entwicklungsorientierung in der Suchtarbeit* zu legen, nachdem in der Diskussion rund um die Methadonverschreibung der Managementansatz stark in den Vordergrund gerückt war. Diesen Gedanken der Entwicklungsorientierung hat das BAG aufgenommen und einen entsprechenden Grundleistungsvertrag mit dem SDSS abgeschlossen. Im Frühjahr 2007 fand das erste Fachseminar mit dem Titel „Für die Entwicklungsorientierung in der Suchtarbeit“ statt. Weil auf Ebene Bund sowie in einigen Kantonen und Städten bereits Überlegungen gemacht wurden, wie man Therapie-Outcome und Entwicklungen darstellen könnte, befanden wir es für wichtig, dass die verschiedenen Vertreterinnen und Vertreter zusammensitzen, um die Ideen zu diskutieren und zu sehen, wo ein Konsens zum Wissensbedarf besteht. Wissensbedarf meint auch, dass die Ergebnisse über die einzelne Therapieeinrichtungen hinausgehen und ein interinstitutioneller Austausch stattfinden kann.

Im Psychologischen Institut der Universität Zürich wurde unter Prof.Dr. Rainer Hornung bereits ein ähnliches Pilotprojekt im Bereich Justizheime im Auftrag der Eidgenössischen Justizdirektion durchgeführt. Es war daher naheliegend, an diese Erfahrungen anzuknüpfen. Dr. phil. Roger Keller vom Sozialpsychologischen Institut übernahm die wissenschaftliche Begleitung des Projektes. Die Auswertung übernimmt das Departement Soziale Arbeit der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW).

#### **Machbarkeitsstudie**

Mit dem ersten Entwurf des Wirkinstrumentes starteten wir die Pilotphase im Wissen darum, dass noch nicht alle methodischen Anforderungen erfüllt waren. Es ging uns im Sinne einer Machbarkeitsstudie um die Klärung, ob man mit einem solchen Instrument in der Praxis mit angemessenem Aufwand arbeiten und das Instrument auch in die institutionellen Strukturen integrieren kann: Können durch dieses Instrument Entwicklungen, die die Einrichtung beim einzelnen Klienten/ bei der einzelnen Klientin anregen wollte, sichtbar gemacht werden? Die konkreten Resultate zum Ressourcenzuwachs standen dabei noch nicht im Vordergrund.

## **4.2**

### **Zielsetzung, Ressourcenmodell, Wirkinstrument**

---

#### **Zielsetzung**

Zielsetzung ist, dass ein *integriertes Modell* vorliegt, das einerseits die individuelle Ressourcenlage der Klientinnen und Klienten erfasst, und basierend darauf andererseits einen allfälligen Ressourcenzuwachs dargestellt. Diese Darstellung oder Visualisierung wäre dann das sog. Wirkinstrument.

#### **Das Ressourcenmodell**

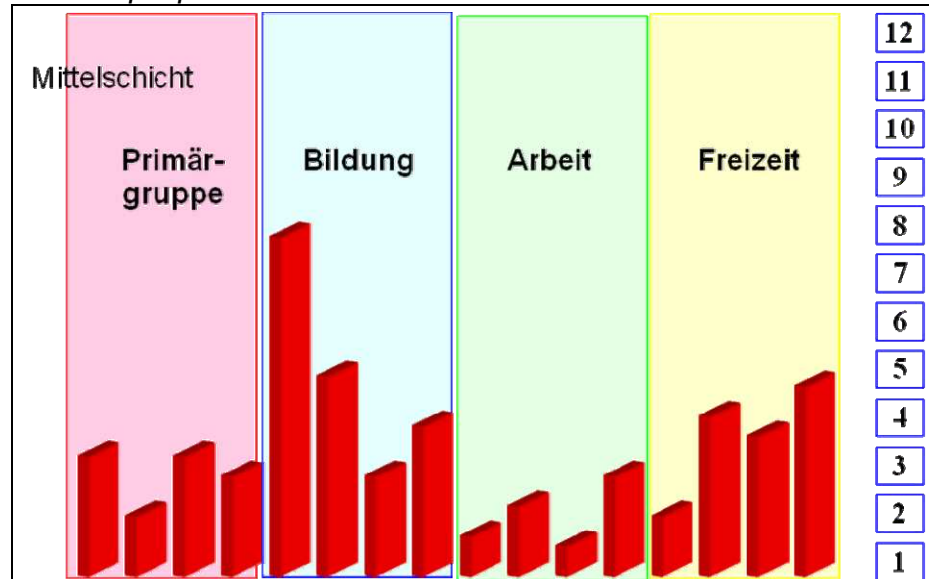
In den ersten drei Fachtagungen haben wir uns hauptsächlich mit dem Ressourcenmodell auseinandergesetzt, das ich Ihnen hier kurz vorstellen möchte.

Vorausgehende Überlegung: bei diesem Modell steht nicht die Diagnosestellung bei Eintritt im Vordergrund, sondern die Erkennung und Beschreibung der handlungsrelevanten Ressourcenlage der einzelnen Klientinnen und Klienten. Zielführende Frage dabei ist: welchen Ressourcenzuwachs braucht ein Klient/ eine Klientin, damit er/sie „erhöhte persönliche Autonomie“ erhält, den Alltag zu gestalten? Damit ist noch nicht per se beantwortet, ob der Betroffene nach der Therapie auch glücklicher ist. Wer die Legalbewährung schafft, ist nicht zwangsläufig glücklicher als während der Zeit, als er sich den „Kick“ holte. Aber man wird sagen können, dass die Summe der Probleme und die Bedrohung des Lebens abnehmen werden.

Weil die Betroffenen in unseren stationären Einrichtungen leben, haben wir den Schwerpunkt vorerst auf die *Lebensgestaltung* gesetzt und (noch) nicht auf die Arbeits- oder Freizeitgestaltung. Ausgehend von den vier Sozialisationsfeldern, nach denen man das Leben einteilen kann, wurden eine Skala und zu dieser Skala

sogenannte *Schlüsselressourcen* definiert. Die Schlüsselressourcen werden hier im Detail nicht vorgestellt, es geht mir um die Systematik. Sie basieren auf Erkenntnissen der salutogenetischen Forschung, z.B. protektive Faktoren. Im Pilotprojekt wurden in einem ersten Schritt die vier Schlüsselressourcen (in Grafik 1 als rote Säulen dargestellt) für das Sozialisationsfeld „Primärgruppe“ ins Wirkinstrument integriert. Die Berücksichtigung der anderen drei Sozialisationsfelder (Bildung, Arbeit, Freizeit) muss in einem späteren weiterführenden Projekt integriert werden.

*Grafik 1: Darstellung der Ressourcenstämme mit fiktivem Ressourcenprofil*

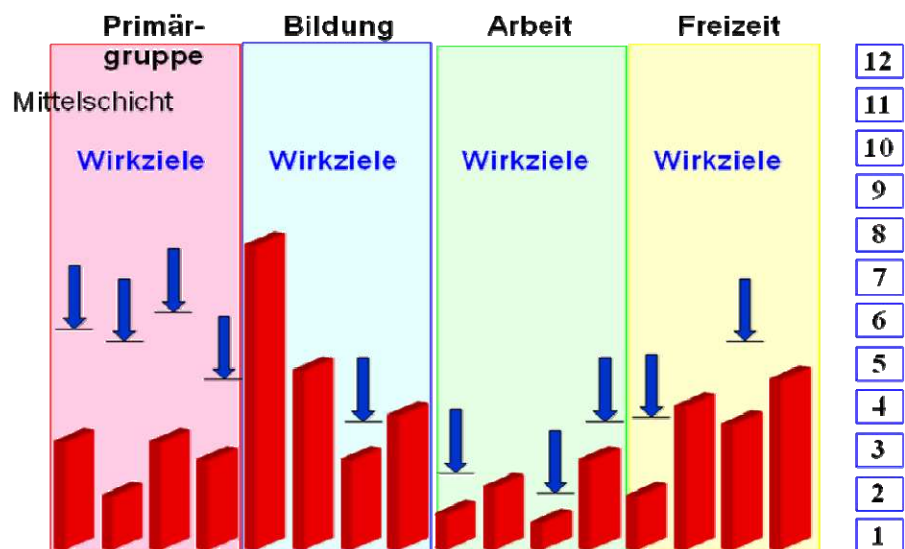


### Wirkziele im Ressourcenmodell

In einem zweiten Schritt erarbeiteten die Einrichtungen zusammen mit den Klientinnen und Klienten für das Sozialisationsfeld „Primärgruppe“ die einzelnen Wirkziele pro Schlüsselressource, die im Rahmen des therapeutischen Prozesses innerhalb eines Jahres erreicht werden sollen. Die Wirkziele pro Ressource bzw. das anzustrebende Entwicklungsniveau sind in Grafik 2 als Querstrich mit blauem Pfeil dargestellt. Auf dieses Level sollen sich die vier Schlüsselressourcen in einem Jahr Therapie realistisch hin entwickeln. Die Erfassung der individuellen Ressourcenlage ist professionelle Arbeit. Die Fachpersonen (therapeutische Mitarbeitende) verantworten die Einschätzung der Wirkziele. Sie unterbreiten dem Klienten/ der Klientin aufgrund der Ressourcenausgangslage eine Empfehlung, was sie aus fachlicher Sicht für wichtig und realistisch halten, damit der Betroffene eine gute Chance in der Umsetzung seiner Ziele hat. Wenn der Klient z.B. das Ziel formuliert, in den ersten Arbeitsmarkt einzutreten, aber über keinerlei Ausbildung verfügt, wird die Fachperson ihm vorschlagen, auch im Sozialisationsfeld „Bildung“ Wirkziele zu definieren, z.B. eine Anlehre zu beginnen. Ziel wäre dann, zumindest die Vermittlungsfähigkeit des Klienten/der Klientin zu verbessern. Hier würde sich bei der Zielsetzung bzw. Wunschvorstellung des Klienten etwas korrigieren.

Oder wenn eine Klientin der Ansicht ist, Sinnfragen und Religion interessieren sie nicht, aber keine Vorstellung davon hat, warum sie auf dieser Welt ist, dann könnte eine Fachperson sie bei anderen Themenbereichen darauf hinweisen, dass sie übergeordnete Aspekte mit bedenken und sich mit dem Leben auseinander setzen müsse, damit sie in der nächsten Krisensituation nicht wieder umkippt. Wie sich eine Ressourcenlage verbessern könnte, wird also ausgehandelt.

*Grafik 2: Darstellung der Ressourcenstämme mit fiktivem Ressourcenprofil und Wirkzielen*



Das Modell kann zudem hilfreich bei der *Frage der Indikation* sein. Wenn eine Einrichtung nach der Erfassung der Ressourcenlage und der Festlegung der Wirkziele merkt, dass sie zu den einzelnen Schlüsselressourcen kein Angebot führt, müsste der Klient/die Klientin in eine andere Einrichtung übertreten.

Wenn ein erster Schritt erreicht ist – so haben wir es geplant und so wird es in einzelnen Einrichtungen bereits gemacht –, wird der zahlende Zuweiser eingeladen. Diesem wird man das Profil vorstellen und darlegen, was zwischen Klient/Klientin und Fachperson ausgehandelt wurde.

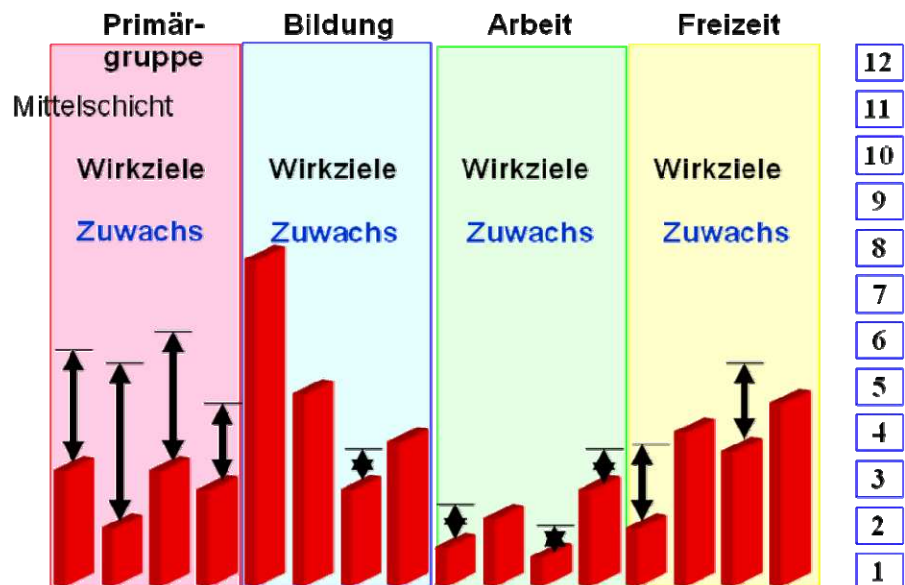
#### **Ressourcen- zuwachs nach 1 Jahr**

Ende Therapie wird die Ressourcenlage des Klienten erneut erhoben, sodass beurteilt werden kann, ob der festgelegte Ressourcenzuwachs stattgefunden hat oder nicht (in Grafik 3 ist das Veränderungsdelta mit einem schwarzen Pfeil mit Doppelspitze dargestellt).

Die Erhebungshäufigkeit wurde in der Pilotphase von den Einrichtungen individuell gehandhabt, um Erfahrungen zu sammeln: durch Zwischenbefragungen z.B. alle drei Monate kann geprüft werden, ob man sich dem gesetzten Ziel annähert oder nicht. Einzelne Einrichtungen erfassten die Profile im 2-Monatsrhythmus. Vom Aufwand und der Aussagekraft her gesehen wird sich mittelfristig bei Langzeittherapien (Aufenthaltsdauer

von 1 Jahr) eine Erfassung alle drei Monate als sinnvoll erweisen. Im Grunde müsste man das Profil nicht nur bei Austritt, sondern auch ein oder zwei Jahre nach abgeschlossener Therapie erneut erheben.

*Grafik 3: Darstellung des Ressourcenzuwachses pro Schlüsselressource*



### 4.3

## Das Wirkinstrument im Pilot (IST-Zustand)

Die vier Schlüsselressourcen für das Sozialisationsfeld Primärgruppe (Familie, Gemeinschaftsleben, Beziehungsverhalten etc.) sind:

- Selbstbezug
- Beziehungs- und Konfliktverhalten
- Wohnfähigkeit und
- Selbstadministration

Diese Schlüsselressourcen sind in ihrer ursprünglichen Form für die Erfassung des therapeutischen Prozesses zu grob bzw. zu abstrakt. „Selbstbezug“ beispielsweise ist ein breites Thema: „Welchen Bezug hat der Mensch zu sich selber“? Da Drogen diesen Selbstbezug stark beeinflussen, ist das eine wichtige Frage für unsere Suchtklientinnen und -klienten.

Im Wirkmodell haben wir diese Schlüsselressourcen daher in je vier Wirkdimensionen unterteilt. In der Primärgruppe sind somit 4x4 Wirkdimensionen entstanden, bei denen der Therapeut mit dem Klienten wie oben beschrieben festlegt, wo welche Ziele gesetzt werden und wo nicht.

### **methodische Herausfor- derungen**

Vor anderthalb Jahren haben wir das Pilotprojekt gestartet. 16 Einrichtungen haben das Projekt bis zum jetzigen Zeitpunkt mitgetragen und regelmässig Daten geliefert.

Die Implementierung des Instrumentariums zur Darstellung von Entwicklungen/Wirkungen in der Suchtarbeit ist mit verschiedenen offenen Fragen verbunden (z.B. Durchführbarkeit, Relevanz und Eindeutigkeit der zu beurteilenden Dimensionen, Periodizität der Erfassung etc.). Deshalb wurde das Departement Soziale Arbeit der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW beauftragt, das Pilotprojekt wissenschaftlich zu begleiten. Die Studie soll Möglichkeiten und Grenzen des Instrumentariums dokumentieren. Sofern sich das Instrumentarium in der Praxis als einfach handhabbar und das Vorgehen als machbar heraus stellen, sollen ausserdem Optimierungsmöglichkeiten zur definitiven Ausgestaltung des Instrumentariums aufgezeigt werden, sodass der SDSS anschliessend über eine Entscheidungsgrundlage zur Fortführung des Projektes verfügt.

Im Pilotprojekt wurden rund 40 Klientinnen und Klienten erfasst. Für einige Personen liegen Angaben zu drei bis vier Erfassungszeitpunkten vor. Wir haben natürlich keine lineare Verbesserung bei den behandelten Personen erwartet. Aus unserer langjährigen Erfahrung wissen wir, dass es selten vorkommt, dass Klientinnen und Klienten in extrem schlechtem Zustand in die Therapie eintreten und es ihnen dann kontinuierlich linear immer besser geht. Die Klientinnen und Klienten machen wie wir alle auch Schwankungen durch. Es war spannend, diese Entwicklung anzuschauen. Vom wissenschaftlichen Standpunkt her sind die Ergebnisse nicht methodisch korrekt auswertbar, dafür sind es zu wenige Fälle und unterschiedlich häufige Erfassungszeitpunkte pro Einrichtung. Es ging uns in einem ersten Schritt um eine Machbarkeitsprüfung und nicht bereits um konkrete repräsentative Resultate. Hinsichtlich Systematik muss zukünftig noch einiges passieren.

## **4.4**

### **Das Wirkinstrument (SOLL-Zustand)**

---

### **kostspielige EDV- Lösung**

Momentan arbeiten wir daran, die restlichen 12 Schlüsselressourcen (der restlichen drei Sozialisationsfelder) für das Wirkinstrument zu operationalisieren, d.h. die jeweiligen Wirkdimensionen festzulegen. Dabei muss nicht jede Schlüsselressource zwangsläufig in vier Wirkdimensionen unterteilt sein. Das wäre zu differenziert und man würde den Überblick verlieren. Es gibt einzelne Schlüsselressourcen, für deren konkrete Erfassung zwei Unterkategorien ausreichen. Hier wurde bereits viel Vorarbeit geleistet.

Ziel ist es, den beteiligten Einrichtungen möglichst rasch ein komplettiertes Instrument zur Verfügung zu stellen. Derzeit fehlt noch die elektronische Verknüpfung zwischen dem Ressourcenmodell und dem Wirkinstrument. Die sorgfältige Programmierung einer entsprechenden EDV-Lösung ist relativ kost-

spielig – und dieses Geld steht derzeit leider nicht zur Verfügung. Wir werden also vorerst noch mit einem Behelfsmodell weiter arbeiten müssen.

## 4.5

## Stolpersteine und Chancen

---

### Finanzen

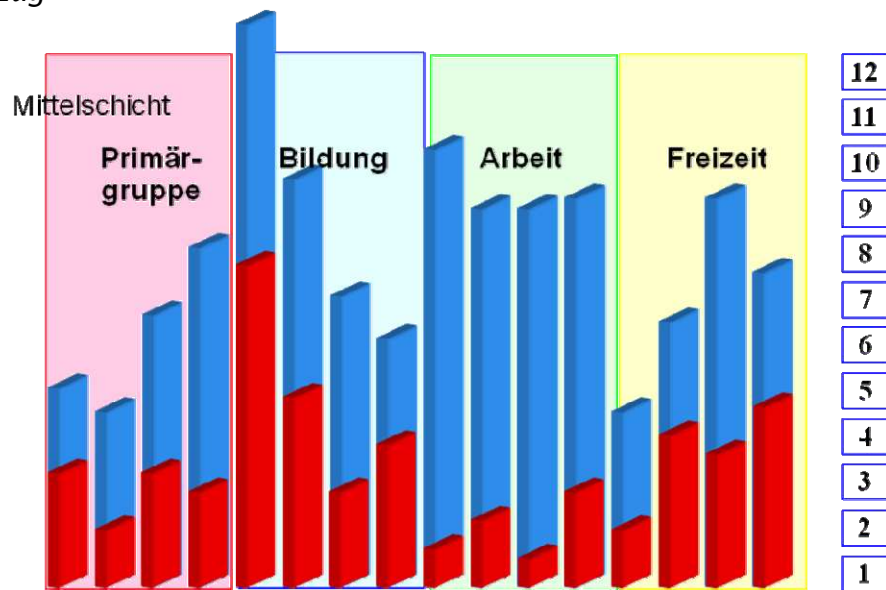
Wir versuchen, weitere Einrichtungen für die Teilnahme am Projekt zu gewinnen, wobei sich das Projekt derzeit auf die Deutschschweiz beschränkt - eine Ausweitung in andere Sprachregionen wäre mit hohen Übersetzungs- und Koordinationskosten verbunden. Die bisher beteiligten Einrichtungen können nicht beliebig viel Geld in dieses Projekt investieren, damit z.B. die Softwarelösung entwickelt werden kann. Wir stehen derzeit in Verhandlungen mit dem Bundesamt für Gesundheit, damit das Projekt zur Erfassung von Ressourcenzuwachs weiterhin mitfinanziert wird und die Instrumente weiterentwickelt werden können.

### Interinstitutionelle Vergleichbarkeit der Resultate

Die Vergleichbarkeit der Resultate zwischen den Einrichtungen ist ein weiterer Knackpunkt. Ein Beispiel soll die Schwierigkeit illustrieren: Würde man für den Ressourcenzuwachs Punkte vergeben, könnte man beispielsweise sagen: in Einrichtung A erreichen die Klientinnen und Klienten einen Ressourcenzuwachs von durchschnittlich 27 Punkten, in Einrichtung B einen Zuwachs von 15 Punkten. Sofort drängt sich die Frage auf: Ist Einrichtung B mit einem Zuwachs von 15 Punkten die schlechtere Einrichtung?

Bei einem Klienten mit einer extrem tiefen Ausgangsressourcenlage verlaufen die Entwicklungsschritte durchschnittlich langsamer als bei einer Person mit ressourcenreicher Ausgangslage. Wenn ich mit Ihnen, die Sie über eine sehr hohe Ressourcenlage verfügen, einen Ressourcenzuwachs organisieren müsste, würden Sie sich über die bevorstehenden Aufgaben womöglich nerven, aber Sie verfügten über eine solide Grundlage, ein Selbstbewusstsein und Ausgangsbedingungen, die Ihnen klar vor Augen führen: „Ich schaffe das“. Sie bringen ein Ressourcenset mit, das der zusätzlichen Ressourcenorganisation entspricht (s. Grafik 4, blau markierte Schlüsselressourcen mit hohem Ausgangsniveau).

Grafik 4: Raster zur Erfassung der Schlüsselressource „Selbstbezug“



Eine Person, die über eine eher schlechte Ausgangsressourcenslage verfügt (s. Grafik 4, rot markierte Schlüsselressourcen) und an ihrem Ressourcenzuwachs arbeiten möchte, wird jede zweite Stunde auf die Grundsatzfrage zurückgeworfen: „Schaffe ich das überhaupt? Habe ich noch eine Chance?“ Als Therapeut und Therapeutin organisieren Sie nicht nur den Ressourcenzuwachs, Sie leisten auch permanente Motivationsarbeit: der Klient/die Klientin muss zur Überzeugung oder zur Einstellung gelangen, dass er/sie es schaffen kann. Wenn ganze Ressourcenfelder entwickelt werden müssen (und nicht nur einzelne Schlüsselressourcen), verläuft die gesamte Entwicklung langsamer. Diese unterschiedlichen Verläufe je nach Klientenprofil sind eine grosse Herausforderung für den Anspruch der Vergleichbarkeit der Resultate unter den Einrichtungen. Ein Vergleich auf der Basis eines einfachen Punktesystems wird nicht funktionieren. Hier muss noch nach passenden Antworten gesucht werden.

Folgende Erkenntnisse aus dem Pilotprojekt können als nächste Schritte festgehalten werden:

#### neue vereinfachte Version

- Alle Schlüsselressourcen sollen operationalisiert und in das Wirkinstrument aufgenommen werden (Komplettierung).
- Die ursprüngliche 8er-Skala zur Einschätzung des Ressourcenzuwachses war relativ anforderungsreich, wie entsprechende Rückmeldungen der beteiligten Einrichtungen bestätigten. In der neuen vereinfachten Version (siehe Grafik 5: Schlüsselressource Selbstbezug) wird die Einschätzung des Klienten bezüglich seiner handlungsrelevanten Ressourcen beispielsweise für Hygiene und Körperpflege festgehalten: Wie bewusst ist ihm die Thematik, wie selbständig kann er in diesem Bereich handeln, wie stark ist Hygiene und Körperpflege sein eigenes Anliegen oder handelt er nur unter Druck von aussen? Aufgrund der Einschätzung wird das Ziel defi-



niert: Wie soll der SOLL-Zustand nach einem Therapiejahr aussehen? Im 3-Monats-Rhythmus wird die zwischenzeitliche Entwicklung des Klienten erfasst.

*Grafik 5: Raster zur Erfassung der Schlüsselressource „Selbstbezug“*

	Zielsetzung (x=ja)	IST-Zustand (Text)	trifft über- haupt nicht zu	trifft eher nicht zu	teils teil	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu	SOLL- Zustand (Text)	Anmerkun- gen
<b>Selbst- bezug</b>	Hygiene Körperpflege <input checked="" type="checkbox"/>								
	Ernährung Bewegung <input checked="" type="checkbox"/>								
	Zeit- und Themen- management <input type="checkbox"/>								
	Regulation Bedürfnisse <input checked="" type="checkbox"/>								

#### **Ressourcen- modell auch im ambulan- ten Setting**

Zusammen mit Infodrog wurde das Ressourcenmodell auch in der ambulanten Beratung und Behandlung getestet, gerade weil dieser Behandlungssektor durch grosse Heterogenität und Fluktuation der Klientinnen und Klienten geprägt ist. Nach einigen Anlaufschwierigkeiten – es braucht eine gewisse Interviewerfahrung, bis man das Ressourcenprofil richtig einschätzen kann – konnte für über 200 Klientinnen und Klienten im ambulanten Sektor ein Ressourcenprofil erstellt werden (Projekte Basel, Winterthur, Bern u.a.). Von den Auswertungen her war es erstaunlich, wie genau und stimmig die Profile ausgefallen sind. Wir erhielten Rückmeldungen von ambulanten Einrichtungen, dass nach der Erfahrung von 20 bis 40 Durchläufen ein Ressourcenprofil in einem anderthalbstündigen Interview erfasst werden könne. Natürlich wird es in der Anfangsphase Fehler geben, die jedoch mit zunehmender Praxiserfahrung und in der Auseinandersetzung mit Teamkolleginnen und -kollegen korrigiert werden können. Hier wird auch die Weiterbildung ansetzen, Noch lange nicht alle Fragen sind befriedigend beantwortet, aber immerhin: Der eingeschlagene Weg scheint zielführend zu sein. Im Rahmen des SDSS werden wir am Wirkinstrument weiter arbeiten und Schritt für Schritt erkannte Verbesserungen ins Instrumentarium integrieren. Es scheint wirklich möglich zu sein, auf eine hilfreiche Art und Weise in der Therapie erzielte Wirkungen darstellbar zu machen.

## Fragen aus dem Publikum

*Frage: Der einzelne therapeutische Mitarbeitende bestimmt die Ressourcenlage des Klienten, der Klientin. Dieses Vorgehen kann sehr subjektiv geprägt sein. Gibt es Bestrebungen in die Richtung, die Einschätzung des Ressourcenprofils im Zweierkollegium oder im Team festzulegen?*

### Rating im Teamwork?

*Antwort:* Unter den Piloteinrichtungen existieren beide Haltungen. Einige Einrichtungen bewegen sich mit dem jetzigen Modell bereits an der Grenze ihrer zur Verfügung stehenden Ressourcen. Andere Einrichtungen votieren klar für die Einschätzung durch das Team. Das Pilotprojekt zeigt, dass mit zunehmender Erfahrung die Sicherheit in der Erfassung des Profils steigt. Ein interinstitutioneller Vergleich – zwei Therapeuten aus verschiedenen Einrichtungen erfassen unabhängig voneinander das Ressourcenprofil derselben Person – wäre spannend. Vom wissenschaftlichen Gedanken her müsste derselbe Klient/ dieselbe Klientin in Therapiezentren in Bern, Basel und Zürich dasselbe Profil erhalten. Eine solche Studie existiert nicht. Die Piloteinrichtungen standen im Spannungsfeld zwischen „was ist machbar und effizient“ und „was ist reine Forschung“. Als behandelnde Institution muss man auch bemüht sein, dass Klientinnen und Klienten nicht den Eindruck erhalten, sie seien nur als Forschungsobjekt interessant. Ihnen muss vermittelt werden, dass es um ihre Person geht, um geeignete Grundlagen, um einen optimalen Förderplan zu erstellen. Ich persönlich bin gegen eine Teambeurteilung und vertrete die Ansicht, dass jeder einzelne Mitarbeitende so gut ausgebildet werden soll, dass er mit dem Instrument arbeiten und auch die Verantwortung für seine Arbeit übernehmen kann. Man kann hier unterschiedlicher Meinung sein, es ist noch nichts festgelegt. Hingegen steht fest, dass das Ressourcenprofil ein Fachprofil sein muss und kein Selbstdarstellungsprofil des Klienten/der Klientin sein sollte.

*Kommentar:* Mit dieser Problematik musste sich das Instrument EuropASI (Schweregradbestimmung bei Substanzabhängigkeit) ebenfalls auseinandersetzen. Der Therapeut, die Therapeutin schätzt eine Reihe von Lebensbereichen des Klienten, der Klientin hinsichtlich Schweregrad ein. Dafür gibt es spezifische Schulungen, um eine gute Interrater-Reliabilität sicherzustellen, d.h. dass die Einschätzungsergebnisse von unterschiedlichen Personen (Ratern) zu demselben Klienten/ derselben Klientin ähnlich ausfallen.

*Antwort:* Jede Ressource hat eine transversale Wirkung. Wer die Ressourcenprofile lesen kann, erhält hier interessante Erkenntnisse. Wenn ein Klient/ eine Klientin beispielsweise viel verdient oder vermögend ist, zeigt sich das auch an ganz anderer Stelle. Personen sind auf dem Beziehungsmarkt ungleich attraktiver, nicht weil sie per se beziehungsfähiger wären – ganz im Gegenteil –, alleine weil, wie der Volksmund so treffend sagt, „Geld schön macht“.

Jede Schlüsselressource belastet ein Leben oder hat eine transversal positive Wirkung. Wenn es also zu Fehlern in der Profileinschätzung kommt, merkt der therapeutische Mitarbeiter/ die therapeutische Mitarbeiterin mit wachsender Erfahrung, dass eine bestimmte Schlüsselressource C nicht niedrig sein kann, wenn Schlüsselressource F hoch ist. Die Schlüsselressourcen haben einen inneren Zusammenhang. Insofern können Fehler korrigiert werden.

Wenn ein Klient beispielsweise sagt, er verfüge über universitäre Bildung, muss aus Therapeutesicht hier kein Ziel definiert werden. Im Prozess fällt dann vielleicht auf, dass der Klient viele Verstehens- und Bildungsprobleme hat. Nun könnte man nochmal überprüfen, ob er tatsächlich den besagten Bildungsstand aufweist. Sie merken, dass eine Ressourcenlage unterstellt wurde, die in dieser Form gar nicht gegeben ist. Das Wirkinstrument enthält eine Kommentarspalte, in welche eingetragen werden kann: „Aus diesen oder jenen Gründen gehen wir davon aus, dass die ursprüngliche Einschätzung unzutreffend war“. Dann erfolgt eine Neueinschätzung.

*Frage: Das Modell erfüllt zwei Funktionen: a) man kann Veränderungen der Klientinnen und Klienten messen und die Ergebnisse zwischen den Institutionen vergleichen und b) man hilft dem Klienten, der Klientin, Zielvorstellungen zu erarbeiten und daraufhin zu arbeiten. Für den einzelnen Betroffenen hat das Modell Sinn.*

**grosser therapeutischer Wert**

*Antwort:* Die Pilotphase hat gezeigt, dass dieses Modell einen eminenten therapeutischen Wert hat. Plötzlich versteht der Klient/die Klientin, warum er/sie permanent in dieselben Geschichten hineinläuft, auch wenn er/sie sich noch so sehr um das Gegenteil bemüht. Die Klientinnen und Klienten waren mit Hilfe des Modells auch viel schneller dafür zu gewinnen, sich für die geplanten Veränderungen einzusetzen. Ursprünglich wurde das Ressourcenmodell als Triagegrundlage erarbeitet: anhand der Ressourcenprofile konnte man die Einrichtung mit dem passenden Angebot suchen. Als Triageinstrument ist unser Modell heute obsolet, weil Klientinnen und Klienten vorrangig im jeweiligen Kanton platziert werden müssen.

## 5.

### **1- Jahres- Katamnese: was wir daraus lernen**

#### Nachbefragung der Klientele der stationären Therapieeinrichtungen des Kantons Bern

---

Barendjan van Harskamp

*Vertreter BeAK, therapeutischer Mitarbeiter Prisma, Sucht-  
therapie in Gastfamilien des Contact Netz, Bern*

Zum Inhalt

- 1 Wer ist BeAK? Die Projektpartner
- 2 Katamnese: wozu?
- 3 Methodik und Fragestellung
- 4 Ausgewählte Ergebnisse und Interpretation
- 5 Fazit: was wir daraus lernen

Das Qualitätssicherungssystem QuaTheDA-E mit Schwerpunkt Ergebnisqualität wird aus finanziellen Gründen keine Katamnese beinhalten. Der Aufwand sei zu gross. Martin Sieber führt in seinem Beitrag aus, dass Katamnese jedoch ein wichtiger Aspekt ist, wenn der Einrichtung die Überprüfung der *Nachhaltigkeit* ihrer Arbeit am Herzen liegt. Der Kanton Bern hat daher in Zusammenarbeit mit dem BeAK und dem ISGF eine Katamneseuntersuchung bei den Berner stationären Einrichtungen durchgeführt; diese steht jetzt im zweiten Katamnesejahr, Ergebnisse des ersten Pilotjahres liegen vor.

## 5.1

### **Wer ist BeAK? Die Projektpartner**

---

Der Berner Arbeitskreis besteht aus den in Tab. 1 dargestellten stationären Therapieeinrichtungen. Alle Einrichtungen verfügen über einen Leistungsvertrag mit dem Kanton Bern und alle sind QuaTheDA-zertifiziert. Der Arbeitskreis trifft sich acht Mal jährlich. Hauptthemen und Stossrichtung des BeAK sind, wie die kantonale Suchthilfe gemeinsam mit den kantonalen Behörden gestaltet werden kann. Die Einrichtungen des BeAK bieten gesamthaft 135 Plätze an.

weitere Informationen siehe [www.bernerarbeitskreis.ch](http://www.bernerarbeitskreis.ch)

Tab. 1: Einrichtungen des BeAK

Christlich-therapeutische Wohngemeinschaft Zueflucht	6
Gemeinschaft Brienzwiler (inkl. Corte di Sotto) Terra Vecchia	19
Gemeinschaft Bordei, Terra Vecchia	9
Gemeinschaft Melchenbühl, Terra Vecchia	17
Gemeinschaft Schlüssel Kehrsatz, Terra Vecchia	14
Gemeinschaft Schlüssel, Familienplätze, Terra Vecchia	14
Gemeinschaft Schlüssel, Saurehorn, Terra Vecchia	14
Prisma, Suchttherapie in Gastfamilien des Contact Netz Bern	8
Projekt Alp, Suchttherapie und Krisenintervention	15
Stiftung Suchttherapiebärn – TG Muschle und Grofa	13
Therapeutische Wohngemeinschaft Chly Linde	6
<b>Total Plätze</b>	<b>135</b>

## Therapie- ergebnis nicht auf Abstinenz reduzieren

Zur Zeit der Projektplanung war QuaTheDA-E noch nicht weit fortgeschritten, sodass wir uns entschieden haben, mit der Katamnese studie zu beginnen. Denn auch die BeAK-Einrichtungen werden wiederholt mit der Frage nach der Therapiewirksamkeit konfrontiert. Dabei wird unsere Arbeit oft auf die Frage nach der Abstinenz reduziert, alle anderen relevanten Aspekte werden ausgeblendet. Gerade vorgestern führte ich ein Interview mit einer Journalistin, die vor allem auf *eine* Frage fokussierte: „Wie hoch ist Eure Erfolgsquote betreffend Abstinenz?“ Daher ist es hilfreich, wenn konkrete Zahlen und Erläuterungen vorliegen. Der BeAK fragte die Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern GEF (Lotti Thalmann, Claudia Mettler) an, ob sie an einem gemeinsamen Katamnese projekt interessiert seien. Für den BeAK war es naheliegend, das ISGF (Susanne Schaaf, Esther Griching) als Forschungspartner einzubeziehen. Das Pilotprojekt ist ein gemeinsames Projekt dieser drei Akteure. Der BeAK möchte sich an dieser Stelle bei der GEF und dem ISGF für die angenehme, kooperative und professionelle Zusammenarbeit und zusätzlich bei der GEF für die Mitfinanzierung des Projektes bedanken.

## 5.2

## Katamnese - wozu?

## Nachhaltigkeit der Behand- lung

Das Projekt sieht eine Nachbefragung der Klientinnen und Klienten *ein Jahr nach Austritt* aus der stationären Therapie vor. Eine Schwierigkeit war die Festlegung des Befragungszeitpunktes. Einerseits sollte der Zeitpunkt eine bestimmte Zeitspanne nach Therapieabschluss liegen, andererseits sollte der Zeitraum aber kurz genug sein, um einen Zusammenhang zwischen Therapie und der veränderten Lebenssituation nach Therapie aufzuzeigen. Wir entschieden uns auf Anraten des ISGF für eine 1-Jahres-Katamnese. Die Frage der Kausalität wird uns dennoch beschäftigen: Wenn sich ein Klient ein Jahr nach Therapie beispielsweise von seiner Frau trennt, stellt sich die Frage nach der Bewertung (positives oder negatives Ereignis?) und nach dem Zusammenhang mit der Therapie (hat das mit unserer Arbeit vor einem Jahr zu tun oder nicht?).

Der Zweck der Pilotstudie kann durch folgende Punkte beschrieben werden:

- Erkenntnisse über die Wirksamkeit der Behandlung erhalten
- Wirksamkeit nach „ausser“ ausweisen können
- Ergebnisse für allfällige Anpassungen im Behandlungsangebot durch die einzelnen Institutionen nutzen
- Erkenntnisse zu Händen des Kantons, der auf die Ergebnisse reagieren kann

## 5.3

## Methodik und Fragestellung

---

Für das Pilotprojekt wurde eine Laufzeit von drei Jahren festgelegt (2009–2011, basierend auf den Austritten 2008–2010), damit genügend Zahlenmaterial für eine Auswertung vorliegt. Befragt wird jeweils 12 Monate nach Austritt. Grundlage für die Befragung sind die Ein- und Austrittsfragebogen von *act-info-FOS*, damit der Verlauf illustriert werden kann (Eintritt-Austritt-Nachbefragung). Die Nachbefragung umfasst geschlossene und offene Fragen. Bei den offenen Fragen wird zu jedem Sozialisationsfeld der persönliche Bezug der Klientinnen und Klienten zur erhaltenen Therapie eruiert.

Der Prozess der Kontaktaufnahme mit den nachzubefragenden Personen wurde wie folgt definiert: Das ISGF schickt den Einrichtungen quartalsweise eine sogenannte Trackingliste mit den Angaben der Klientinnen und Klienten (ID-Code), mit welchen ein Interview ansteht. Die Einrichtungen nehmen mit den betroffenen Klientinnen und Klienten Kontakt auf und fragen, ob sie für eine telefonische Befragung durch das ISGF bereit seien. Im Falle einer Zusage informieren die Einrichtungen das ISGF, welches dann die Interviews durchführt.

Die Themen des Interviews sind im Grunde dieselben Themen wie im Ressourcenmodell. Für uns war zudem die Erfassung des (subjektiv eingeschätzten) Konsumverhaltens wichtig, damit die Ergebnisse zu diesem Bereich explizit ersichtlich werden. Die Schlussfrage bezieht sich auf eine rückblickende Gesamteinschätzung der Therapie durch die Klientinnen und Klienten.

- Wohnsituation
- Lebensunterhalt/Erwerbssituation, Schulden
- Beratungs- und Behandlungserfahrung
- Soziale Beziehungen
- Freizeit
- Rechtliche Situation
- Konsumverhalten
- Rückblickende Einschätzung der Therapie

Im Jahr 2008 sind insgesamt 93 Personen aus der stationären Therapie ausgetreten, für welche im Jahr 2009 eine Nachbefragung vorgesehen war. Mit 39 bzw. 42% der Klientinnen und Klienten konnte ein Interview geführt werden. Wir haben uns im Vorfeld natürlich eine höhere Quote erhofft, mussten aber feststellen, dass diese Ausschöpfungsquote im Mittelfeld der Ergebnisse von ähnlich gelagerten Nachbefragungsstudien liegt<sup>1</sup>.

### Lebenssituation vor Eintritt, bei Austritt und zum Zeitpunkt der Nachbefragung 1 Jahr nach Austritt im Vergleich

#### positive Resultate

Es ist erfreulich zu sehen, dass der Anteil Personen, die ihren Lebensunterhalt nach Therapieabschluss hauptsächlich durch eigenes Erwerbseinkommen bestreiten, gestiegen ist (s. Tab. 2). Parallel dazu geht der Anteil der hauptsächlich von der Sozialhilfe abhängigen Personen zurück. Ein positives Ergebnis ist auch der steigende Anteil Personen, die sich in Ausbildung befinden. Eher schwierig ist das Thema der Verschuldung, die über die drei Messzeitpunkte relativ stabil bleibt.

Die Angaben zur Abstinenz bzw. zum Konsum – hier kann ebenfalls eine positive Entwicklung festgestellt werden – sind quantitative Aussagen zum Konsum „harter“ Drogen. Ob es sich hierbei um problematisches oder suchtähnliches Konsumverhalten handelt, kann aufgrund der Daten derzeit nicht beantwortet werden. Der Katamnesefragebogen wird für die letzte Pilotetappe hier entsprechend ergänzt. Die Kategorie „harte“ Drogen beinhaltet Opiate, Kokain und Cocktail. Verschriebene Substanzen sind nicht enthalten, deren Konsumanteil wird aber aus den Tabellen im ausführlichen Bericht ersichtlich.

<sup>1</sup> *Exkurs zur Erreichbarkeitsquote:* Die Erreichbarkeitsquote fällt je nach Berechnungsgrundlage unterschiedlich aus. Unterschiedliche Quoten in den bestehenden Katamnese Studien können u.U. auch auf unterschiedliche Berechnungsmodelle zurückgeführt werden. Neben den sog. *stichprobenneutralen Ausschlüssen* – verreise, ausgewanderte oder verstorbene KlientInnen werden vor Berechnung der Erreichbarkeitsquote ausgeschlossen, wodurch sich die Erreichbarkeitsquote erhöht – besteht auch das Modell, jene KlientInnen von der Berechnung auszuschliessen, die ihre *Einwilligung zur Teilnahme* nicht gegeben haben. Die so errechnete Quote bezieht sich dann nicht auf alle behandelten KlientInnen, sondern nur auf die grundsätzlich mit der Teilnahme einverstanden. Für die Nachbefragung Bern hiesse das, würde man dieses Berechnungsmodell anwenden wollen, den Anteil der von der Institution nicht erreichten KlientInnen hinsichtlich Stichprobenneutralität zu identifizieren (KlientInnen ohne Einwilligung; verstorbene, verreise, unauffindbare, nicht kontaktierbare KlientInnen in Gefängnis und Psychiatrie, aus gesundheitlichen Gründen nicht ansprechbare) und diese Fälle von der Berechnung auszuschliessen. Diese Berechnungsart würde zu deutlich besseren Quoten führen, bildet jedoch eine bestimmte Sichtweise der Realität ab.

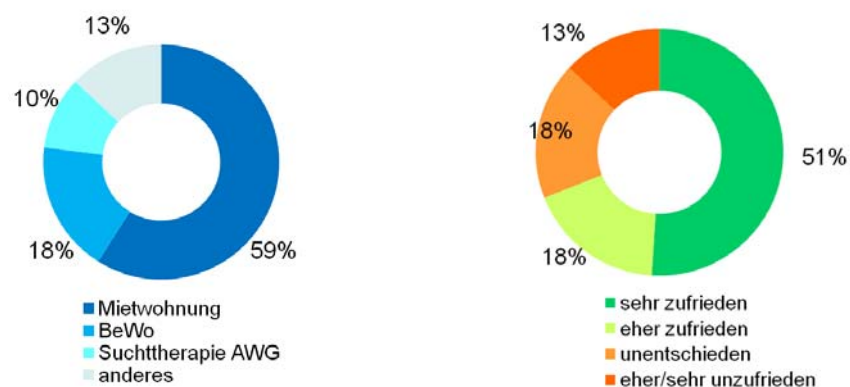
*Tab. 2: Lebenssituation bei Eintritt, Austritt und zum Zeitpunkt der Nachbefragung im Vergleich – eine Auswahl (Austritt 2008)<sup>2</sup>*

Lebensbereiche	Eintritt	Austritt 2008	Nachbefragung 2009
Finanzierung durch eigenes Erwerbseinkommen	25%	37%	49%
Finanzierung durch Sozialhilfe	53%	50%	39%
in Ausbildung	3%	5%	18%
Verschuldung	30%	33%	35%
letzte Tage „harte Drogen“ konsumiert (Opiate, Kokain, Cocktail)	72%	23%	26%

Betreffend Wohnsituation interessierte uns die aktuelle Situation der Klientinnen und Klienten sowie ihre Zufriedenheit damit. Der hohe Anteil Personen mit eigener (Miet)Wohnung (59%) überraschte uns positiv. Dieser IST-Zustand wird mit Angaben zur Zufriedenheit ergänzt: 69% der befragten Personen sind mit ihrer Wohnsituation eher bis sehr zufrieden.

*Tab. 3: Lebenssituation bei Eintritt, Austritt und zum Zeitpunkt der Nachbefragung und Zufriedenheit mit der aktuellen Situation (Austritt 2008)*

Wohnform		Zufriedenheit mit aktueller Wohnsituation	
eigene Wohnung	59%	sehr zufrieden	51%
BeWo	18%	eher zufrieden	18%
AWG	10%	unentschieden	18%
anderes	13%	eher/sehr unzufrieden	13%
Gesamt	100%	Gesamt	100%



<sup>2</sup> *Eintritt:* Die Angaben beziehen sich auf die Lebenssituation 6 Monate vor Eintritt in die stationäre Therapie, ausgenommen die Frage zum Konsum, diese bezieht sich auf die letzten 30 Tage vor Eintritt

*Austritt:* die Angaben beziehen sich auf die Lebenssituation zum Zeitpunkt des Austritts, ausgenommen die Frage zum Konsum, diese bezieht sich auf die letzten 30 Tage vor Austritt

*Nachbefragung:* die Angaben beziehen sich auf die Lebenssituation zum Zeitpunkt der Nachbefragung, ausgenommen die Frage zum Konsum, diese bezieht sich auf die letzten 14 Tage vor Interview



## In der Therapie erlernte Fähigkeiten

In der Nachbefragung wurde erhoben, a) ob die Klientinnen und Klienten Skills bzw. Fähigkeiten in der Therapie erlernt haben, die für sie heute wichtig sind, um die verschiedenen Lebensbereiche nach eigenen Bedürfnissen mitzugestalten, und b) was sie konkret aus der Therapie mitgenommen haben. Die Analyse der Antworten zeichnet ein eindrückliches Bild der Entwicklung und der Selbstreflexion. Aus Tab. 4 wird der Personenanteil ersichtlich, der von der Therapie für die entsprechenden Bereiche profitiert hat.

Die Angaben beziehen sich nur auf genannte während der Therapie erlernte Fähigkeiten. Wenn Klientinnen und Klienten *vor* der Therapie z.B. bereits über Wohnkompetenz verfügten, daher hier keinen Entwicklungsbedarf hatten und mit ihrer heutigen Situation zufrieden sind, wurden sie in der Auswertung als „nein, positiv“ (nein, keine Fähigkeiten erlernt, aber positive Entwicklung) gekennzeichnet. 12% der Personen fallen bezüglich Wohnen in diese Kategorie. Würden sie mit denjenigen Personen mit erlernten Fähigkeiten (49%) zusammengefasst, käme man auf einen Anteil von 61%.

Eine Sonderrolle nimmt wiederum das Thema Verschuldung und Schuldensanierung ein: 58% der Klientinnen und Klienten geben an, dass sie zum Thema Schulden keine Unterstützung in der Therapie erhalten haben, dies obwohl nur 8% der Klientinnen und Klienten bei Eintritt schuldenfrei sind. Das hat uns negativ überrascht.

*Tab. 4: In der Therapie erlernte Fähigkeiten*

Lebensbereiche/ Themen	ja	nein
Abstinenz	74%	
Wohnen	49%	
Erwerbstätigkeit	68%	
soziale Kompetenzen	64%	
Freizeitaktivitäten	74%	
Schulden		58%

## Rückblickende Einschätzung der Therapie

Neben quantitativen Fragen erhielten die Klientinnen und Klienten die Möglichkeit, sich in eigenen Worten zur Therapieerfahrung zu äussern. Bei den folgenden Voten geht es mir nicht primär um den Inhalt – der durchaus positiv ausfällt –, sondern darum aufzuzeigen, dass hinter den ganzen Befragungen Menschen stehen. Es sind nicht einfach nur „70% der Klientinnen und Klienten“, sondern hier ist ein Mensch mit sich individuell unterwegs. Die Voten sind einzelne Schicksalsmitteilungen, die darauf hinweisen: mit diesem Menschen passiert etwas.

Beispiele aus 51 Voten:

- „Das Leben ist wieder lebenswert, vorher nur ein Kampf ums Überleben“
- „Realistischer geworden hinsichtlich der eigenen Möglichkeiten“
- „Suchtprobleme nicht verdrängen“
- „Gelernt nein zu sagen, auch wenn andere konsumieren“
- „Kein Konsum, wenn es einem schlecht geht“
- „Gelernt, in Krisensituationen Hilfe holen“
- „Die Beziehung habe sich gefestigt“

## Empfehlenswerte Therapie

Auf die Frage „Würden Sie einer Freundin/einem Freund die Einrichtung empfehlen, wenn sie/er ähnliche Hilfe benötigen würde“ antworteten die befragten Klientinnen und Klienten sehr positiv:

eindeutig ja	74%
eher ja	13%

## Vergleich der an der Nachbefragung beteiligten mit den nicht-beteiligten Klientinnen und Klienten

In der Nachbefragung wurde nur ein Teil der behandelten Klientinnen und Klienten erreicht. Handelt es sich bei den nicht-erreichten Personen um eine besondere Klientengruppe? Um diese Frage zu beantworten, wurden die Angaben zur Austrittssituation der nachbefragten mit denjenigen der nicht-nachbefragten Klientinnen und Klienten verglichen. Dabei ergaben sich signifikante Unterschiede: 52% der nicht-beteiligten Personen und nur 16% der beteiligten Personen haben die Therapie abgebrochen (Tab. 5). Nicht-beteiligte Klientinnen und Klienten sind kürzer in der Therapie geblieben, haben seltener „kein Substanzproblem“ bei Austritt und weisen eine schlechtere Prognose – gestellt durch den Therapeuten, die Therapeutin – hinsichtlich der Zeit nach Austritt auf.

Die Darstellung zeigt, dass sich die Ergebnisse der Nachbefragung auf eine bestimmte Klientengruppe beziehen und vermutlich „positiv verzerrt“ sind, d.h. wir haben vermutlich hauptsächlich die erfolgreichen Klientinnen und Klienten befragen können. Personen mit Therapieabbruch müssen nach Austritt nicht zwangsläufig in eine negative Lebenssituation geraten, aber die Prognosen der therapeutischen Mitarbeitenden für diese Personen fallen eher schlecht aus.

Tab. 5: Vergleich Austrittssituation 2008 der beiden Klientengruppen

Signifikante Unterschiede hinsichtlich...	an der NB beteiligte KlientInnen	nicht-beteiligte KlientInnen
Abbruch der Therapie	16%	52%
durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	423	295
kein Substanzproblem vor Austritt	26%	4%
positive Prognose bei Austritt	67%	38%

**Motivation zur Teilnahme**

Die *Erreichbarkeitsquote* ist in Anbetracht der Erfahrungen analoger Katamnese Studien im Bereich des vorläufig Machbaren und daher relativ zufriedenstellend. Wir erhoffen uns aber natürlich eine Steigerung durch verschiedene Ansätze, z.B. durch Anreize wie Kinogutscheine, die wir im zweiten Katamnesejahr umsetzten. Inzwischen hat sich gezeigt, dass diese Art von Anreizen keine besonders grosse Rolle spielt: es gibt Klientinnen und Klienten, die sagen, für einen Kinogutschein mache ich mit, den Gutschein aber nicht abholen und an der Befragung trotzdem teilnehmen. Unsere aktuellen Bemühungen zielen dahin, die Personen bereits bei Eintritt darauf hinzuweisen, dass wir sehr an ihrer Teilnahme an der Nachbefragung interessiert sind. Wir unterstreichen die Notwendigkeit für unsere Einrichtung, aber auch den Nutzen für zukünftige Klientinnen und Klienten. Die aktuell behandelten Klientinnen und Klienten können so ihre Verantwortung für zukünftige Klientinnen und Klienten wahrnehmen. Die Zahlen aus dem ersten Semester 2010 zeigen leider noch keine entsprechende Auswirkung.

**positive Verzerrung**

Die *positiven Ergebnisse* – deutliche Verbesserung der Lebenssituation ein Jahr nach Therapieabschluss gegenüber der Situation bei Austritt – müssen wir mit Vorsicht zur Kenntnis nehmen („positive Verzerrung“), da wir in der Nachbefragung offenbar mehrheitlich Personen mit langem Therapieaufenthalt und regulärem Austritt erreicht haben. Das Wissen um diese Selektion soll jedoch den Therapieerfolg für die befragte Personengruppe nicht schmälern. Interessant wäre nun, wenn man auch alle Abbrecherinnen und Abbrecher befragen könnte, um zu sehen, ob sich ihre Lebenssituation tatsächlich schwierig gestaltet oder ob sie sich in einer anschliessenden Behandlung befinden und dort vielleicht auf Erfahrungen der vorangegangenen Therapie aufbauen können.

Beim Thema *Schulden und Schuldensanierung* kam deutlich zum Ausdruck, dass hier kaum positive Veränderungen festgestellt werden konnten. Hier müssen wir als behandelnde Einrichtung allenfalls unsere Bemühungen verstärken. Weil in Therapie stehende Klientinnen und Klienten aber über kein Geld verfügen, sind einer Sanierung per se Grenzen gesetzt.

**Einfluss der Behandlungs-module**

Die Ergebnisse des Pilotprojektes beantworten unsere definierten kundenbezogenen Fragen, werfen aber auch eine Reihe neuer Fragen auf, so z.B. in Bezug auf die *Behandlungsmodule*. Sämtliche in der Therapie eingesetzten Instrumente wie Psychotherapie, Einbezug von Familien, Verhaltenstherapie etc. könnten im Sinne der Psychotherapieforschung von Klaus Grawe et al. im stationären Suchttherapiebereich angeschaut werden: welchen Nutzen haben die verschiedenen Ansätze? Dazu gehört

auch die Frage z.B. nach der Bedeutung von religiösen Komponenten für den Behandlungsverlauf, wie sie in christlichen Einrichtungen bestehen. Den Zusammenhang zwischen diesen Dingen und dem erfassten Outcome kennen wir derzeit nicht.

Ein Bereich, der in der Nachbefragung ausgeklammert wurde, ist der *Gesundheitsbereich* (Hepatitis, HIV etc.): was haben die einzelnen Institutionen diesbezüglich für „Erfolge“ bzw. Entwicklungen erzielen können? Welcher Zusammenhang besteht zwischen Gesundheitszustand und der gesamten Lebenssituation ein Jahr nach Austritt?

Die konkrete Nutzung der Ergebnisse für den Therapieprozess wird im BeAK derzeit noch diskutiert. Eine kreative Idee wird z.B. bereits in der therapeutischen Gemeinschaft Melchenbühl umgesetzt: dort wurde mit den Klientinnen und Klienten ein „Zisch-tigsclub“ veranstaltet, an dem über die Zahlen und deren Bedeutung diskutiert wird.

## Fragen aus dem Publikum

*Frage: Meint „Austritt“ den Austritt aus dem stationären Therapierahmen oder aus der Betreuung insgesamt? Und beanspruchen Personen, die aus der Therapie ausgetreten sind, eine Nachsorge und sind vielleicht somit besser erreichbar, insbesondere wenn es sich um eine institutionseigene Nachsorgestelle handelt?*

*Antwort:* In unserem Pilotprojekt ist Austritt als „Austritt aus der stationären Therapie“ definiert. Wenn eine Aussenwohngruppe (AWG) integraler Bestandteil des therapeutischen Angebotes ist, werden die Austrittsdaten bei Austritt aus der AWG erfasst. Von den erreichten Klientinnen und Klienten befinden sich 32% in einer Substitutionsbehandlung, 32% in medizinischer Behandlung, 10% in stationärer Therapie, 7% in einer AWG und 45% in Psychotherapie.

*Frage: Das ISGF hatte in früheren Jahren bereits Nachbefragungen durchgeführt. Deckt sich die Erfahrung von damals mit den aktuellen Erfahrungen bezüglich Erreichbarkeit?*

*Antwort:* Bezüglich der Erreichbarkeitsquote decken sich die Erfahrungen. Das aktuelle Forschungsdesign sieht – im Vergleich zu den früheren Befragungen – vor, dass das Tracking der Klientinnen und Klienten durch die behandelnde Institution erfolgt. Damit verbunden war die Hoffnung, dass die Erreichbarkeit verbessert werden kann, weil zwischen Therapiezentrum und Klientinnen/ Klienten ein Vertrauensverhältnis besteht, gleichzeitig sind Anonymität und Unbefangenheit der Antworten durch die Befragung durch Externe sichergestellt. Das Tracking durch das ISGF in früheren Befragungen gestaltete sich schwierig. Heute zeigt sich ernüchternd, dass auch die Therapiegemeinschaften

selber vor ähnlichen Problemen stehen.<sup>3</sup> Es gibt eine Personen-  
gruppe, die von den Einrichtungen nicht erreicht werden kann.  
Dann gibt es einen Anteil Klientinnen und Klienten, der gegen-  
über der Einrichtung in die Nachbefragung einwilligt, gegenüber  
dem ISGF dann aber die Teilnahme ablehnt oder trotz Zusage  
gegenüber dem ISGF zum vereinbarten Zeitfenster nicht er-  
reichbar ist (teilweise bis zu 20 Anrufversuche).

*Anmerkung aus dem Publikum:* Die Anzahl erreichter Personen  
wirkt sich auf die Resultate aus, wie folgendes Beispiel illus-  
triert. Vergleicht man die Ergebnisse zu stationärer und ambu-  
lanter Alkoholbehandlung in Schweizer Studien mit deutschen  
und amerikanischen Ergebnissen, zeigt sich ein überraschendes  
Resultat: die Deutschen Einrichtungen hatten bei allen Berech-  
nungsvarianten stets bessere Ergebnisse als Schweizer Instituti-  
onen, also bessere Abstinenzwerte bei den in der Katamnese er-  
reichten Personen, sogar wenn die „Nichtantworter“ zu den  
„Nichtabstinenten“ gezählt wurden. Warum? Eine Antwort darauf  
ist, dass die Institutionen in Deutschland vermutlich aus versie-  
cherungsorganisatorischen Gründen eine engere Bindung an die  
Patientinnen und Patienten, die sie behandeln, aufbauen kön-  
nen. Sie üben einen gewissen Druck auf die Behandelten aus im  
Sinne von: „Wenn Ihr nicht zum Nachfolgeinterview erscheint,  
hat das Leistungskürzungen der Krankenkassen oder Firmen zu  
Folge“. Dieser Druck führt dazu, dass praktisch alle For-  
schungsprojekte weniger Ausfallquoten aufweisen, auch in der  
Katamnese, da eine mittlere oder längere Therapiedauer mit  
besserem Erfolg korreliert. Für Schweizer Verhältnisse könnte  
man sich eventuell auch überlegen, ob ein gewisser Druck aus-  
geübt werden sollte, allerdings ist unklar, wie das konkret be-  
werkstelligt werden kann.

---

<sup>3</sup> Die Klientinnen und Klienten werden bei Eintritt über die spätere Nachbefra-  
gung informiert und geben eine Kontaktadresse an, über die sie zwecks Nach-  
befragung erreicht werden können. Bei Austritt wird diese Angabe nach Mög-  
lichkeit verifiziert. Dennoch kann sich das Problem stellen, dass die genannte  
Person – z.B. eine aktuell zuständige Sozialarbeiterin – ein Jahr nach Austritt  
selber keinen Kontakt mehr zum Klienten hat.

## Schlusswort der Koordinationsstelle act- *info*- FOS

**schwierig  
aber nicht  
unmöglich**

In einer *tour d'horizon* zeigte Martin Sieber die verschiedenen Perspektiven von Ergebnisqualität und einen gemeinsamen Nenner an Kernkriterien auf. In kritischen Überlegungen zu den Outcome-Kriterien wurden die Schwierigkeiten einer aussagekräftigen validen Evaluation dargestellt. Die Ausführungen von Peter Burkhard zum Ressourcenzuwachs-Modell und dem Wirkinstrument gaben Einblick in einen konkreten Prozess der Veränderungsmessung, wie er derzeit in 16 therapeutischen Einrichtungen der Deutschschweiz umgesetzt wird. Den Aspekt der Nachhaltigkeit therapeutischer Arbeit griff Barendjan van Harskamp in seinem Beitrag zur 1-Jahres-Katamnese bei Klientinnen und Klienten der stationären Suchttherapien im Kanton Bern auf.

Wie auch die Erfahrungen der Begleitgruppe QuaTheDA-E zeigen, gibt es in Hinblick auf das Anliegen, Ergebnisqualität zuverlässig und interinstitutionell vergleichbar zu erfassen, noch viel zu tun. Analog zur neuen Eisenbahn-Alpentransversale NEAT könnte man sagen, dass man auch im Projekt Ergebnisqualität am Ball bleiben und sich permanent verbessern soll, auch wenn im Moment nicht genau ersichtlich ist, wie sich der Weg konkret gestalten soll. Das Ressourcenzuwachsmodell zeigt eine solche Möglichkeit auf.

Es ist zu hoffen, dass alle geleisteten Vorarbeiten und laufenden Ansätze in die Überlegungen von QuaTheDA-E einbezogen werden, um Doppelspurigkeiten, sich konkurrenzierende Projekte und Verunsicherung zu vermeiden.

### Hinweis von René Stamm, BAG Sektion Drogen

Am 20. Januar 2011 findet ein ganztägiges QuaTheDA-Symposium statt. Einen Schwerpunkt bildet die Revision des bestehenden modularen Referenzsystems QuaTheDA, welches nach fünf Jahren Laufzeit gemäss den Regeln der Schweizerischen Akkreditierungsstelle (SAS) neu überprüft und bei Bedarf revidiert werden muss. Die nun mehrjährigen Erfahrungen der Einrichtungen mit QuaTheDA sollen in diesen Revisionsprozess einfließen. Ein zweiter Schwerpunkt der Veranstaltung gilt der Klientenzufriedenheitsbefragung QuaTheSI – Klientenzufriedenheit als Bestandteil der Ergebnisqualität. Bisher wurde die Stichtagsbefragung mittels QuaTheSI-39 in der stationären Suchttherapie gesamtschweizerisch durchgeführt. Der Fragebogen war von Beginn an so konzipiert, dass er für den Einsatz in anderen Behandlungssektoren modular angepasst werden kann. Der neue QuaTheSI ist in vier Fragebogen unterteilt:

- Modul stationär (QuaTheSI-I-40)
- Modul ambulante Beratung und Therapie (QuaTheSI-II-17)
- Modul Substitutionsbehandlung (QuaTheSI-III\_18+) sowie
- Modul niederschwellige Angebote der Kontakt- und Anlaufstellen (QuaTheSI-IV-19+)

Instrumente und Ablauf der Erhebungen werden an diesem Anlass vorgestellt. Das Symposium schliesst mit einer Information über den Stand des Projektes QuaTheDA-E (Ergebnisqualität). Nähere Informationen zum Symposium finden Sie unter:  
[www.quatheda.ch/d/actualites.htm](http://www.quatheda.ch/d/actualites.htm)